



Palliatives Assessment nach SENS-Modell – Ersterfassung

Name/Vorname	
Geburtsdatum	
Erstellungsdatum	
anwesende Personen	
Hauptdiagnose	

Symptome (ESAS plus Ergänzungen) Ja, nein, VAS (0 bis 10), Beschreibung

Schmerz	
Atmung / Dyspnoe	
Müdigkeit / Schlaf	
Nausea / Emesis	
Appetit / Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr/Trinken/Xerostomie Zuleitungen	
Urinausscheidung/ Stuhlausscheidung, Obstipation / Diarrhoe Ableitungen (DK, PEG, etc):	
Fieber / Apasie	
Blutungsgefahr	
Mobilität /Sturzgefahr /Bettlägerigkeit	
Bewusstseinszustand Kognition/Vergesslichkeit/Konzentration/Delir	
Neurologische Symptomatik / Epi-Anfälle	
Unruhe	
Ängste	
Depressivität / Gefühl von Traurigkeit Psychisches und seelisches Befinden	
Andere: z.B. Wunden, Ödeme, Schwitzen,	



Entscheidungsfindung

Wie sehen Sie den Verlauf ihrer Krankheit, was hat man Ihnen gesagt, was denken sie selbst? Was bedeutet das für Sie? Was beschäftigt Sie am meisten?
Wie schätzen Sie als Angehörige die Situation ein? (Ressourcen, Sorgen, Ängste)
Was ist Ihnen und ihren Angehörigen am wichtigsten für die nächste Zeit? Was sind Wünsche, Bedenken (Sorgen, Ängste, Abhängigkeit)
Was bedeutet für Sie Lebensqualität? (Beruf, Hobby, Natur, Partnerschaft, Finanzen, Sexualität, Wohnsituation, etc.)
Haben Sie eine PV? Wer hat alles Ihre PV? Wäre eine Patientenverfügung hilfreich?
Andere Ergänzungen:

Netzwerk (Auszug aus RAI möglich)

Wohnsituation (alleinstehend, nicht in eigener Wohnung, usw.)
Wer gehört zu Ihrer Familie? Andere wichtige Personen?
Wer ist Ihre Vertrauensperson(en) bei Urteilsunfähigkeit, Bewusstlosigkeit in Bezug auf pflegerische und medizinische Fragen? Vertrauensperson(nen) festlegen (Erwachsenenschutzrecht hinweisen):
Wie geht es den Angehörigen in der Situation? Welche Aufgaben übernehmen sie?
Andere Ergänzungen:



Support

Wie werden die Ressourcen eingeschätzt? Wo sind Grenzen? Was ist machbar zuhause?
Was gibt Ihnen Kraft und Halt um die Situation zu bewältigen?
Welche komplementären Methoden wenden Sie an?
Werden Sie psychologisch betreut oder möchten Sie diese in Anspruch nehmen?
Haben Sie spirituelle oder religiöse Bedürfnisse? (jemanden involvieren)
Gibt es wichtige noch ungeklärte finanzielle Angelegenheiten? (Involvieren der Sozialarbeit)
Gibt es etwas, das aus Ihrer Sicht geklärt werden muss?
Andere Ergänzungen:

End of Life

Können Sie sich vorstellen auch zuhause zu sterben?
Haben Sie Angst vor dem Sterben? Oder haben Sie Angst vor dem Wie zu sterben?
Haben Sie noch einen Wunsch, den Sie sich erfüllen wollen? Müssen Sie noch etwas erledigen (Testament, Planung Beerdigung, Nachlassregelung)
Andere Ergänzungen: